ITEM 138 : DOULEUR CHEZ LA PERSONNE VULNÉRABLE

Personnes vulnérables : patients avec trouble psychiatrique / trouble envahissant du développement
➝ Populations polymorbides, avec comportements à risque, syndrome métabolique fréquent, surmorbidité/surmortalité

Rappels

Douleur = expérience sensorielle & émotionnelle, subjective et pluridimensionnelle,
➝ 4 composantes : **sensorielle, affective, cognitive, comportementale**
➝ 4 mécanismes : **excès de nociception, neuropathique, dysfonctionnel** = **nociplastique** (trouble central/périphérique de la modulation de douleur), **psychogène** (origine purement psychique), + douleurs mixtes/associées
➝ « Aigue » si < 3 mois (signal d'alarme), chronique si >3-6mois (affecte le comportement, maladie à part entière)
- Plainte douloureuse = **expression individuelle** selon composantes, mécanismes, apprentissages, personnalité, contexte
- **Augmentation de la perception douloureuse** si anxiété, stress, pessimisme, dépression, évitement, pensées négatives, préoccupations de santé, manque de confiance en son efficacité personnel ou de soutien social, insatisfaction au travail, éviction sociale due à la douleur, réglementations médico-légales liées à la douleur
- **Comportement d'évitement** : antalgique mais déconditionnement : activité physique adaptée/kiné à promouvoir
- Autres stratégies à contrer : hyperactivité, croyances erronées, catastrophisme…
➝ **Objectif de projet thérapeutique réaliste/partagé** pour pallier aux cognitions négatives/attentes irréalistes
- Stratégies de contrôle à souligner : efficacité personnelle, contrôle perçu sur les évènements, soutien social perçu

Douleur et troubles psychiatriques

Conséquences affectives / psychiques de la douleur :
- Anxiété si douleur aigue / chronique (20-50% des cas)
- Symptômes dépressifs dans 20-60% des douleurs chroniques : à rechercher systématiquement (échelle HAD)

Episode dépressif caractérisé	- La dépression accroit la perception de la douleur - **Douleur morale** = symptôme de dépression sévère, = symptôme psychique /!\ En cas de dépression, le risque suicidaire est systématiquement évalué - **Plaintes douloureuses** très fréquentes chez les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé : 75% en ambulatoire, 90% en hospitalisation : souvent duleurs musculaires, cervicalgies, céphalées, lombalgies, douleurs articulaires / thoraciques / abdominales
Trouble anxieux	- L'anxiété diminue le seuil de perception et la tolérance de la douleur, réduit les capacités de contrôle de la douleur, renforce un comportement inadapté et favorise la chronicisation - Des **manifestations douloureuses physiques** (douleurs thoraciques, paresthésies…) sont habituelles dans certains troubles anxieux (attaque panique, état de stress post-traumatique…) - Toute douleur aigue s'accompagne de d'inquiétude voire d'anxiété, le niveau de douleur perçu étant proportionnel à l'anxiété : dépistage par **échelle HAD**, informer correctement le patient++ - Evaluer le stress et le contrôle (ressources, soutien) perçu par le **patient** douloureux
Schizophrénie et trouble délirant	- **Plainte douloureuse** classiquement peu exprimée (surtout si symptômes négatifs), ou exprimée de façon inhabituelle ou bizarre : risque de négligence et de retard diagnostic de pathologies organiques - **Plainte douloureuse** possiblement délirante, notamment dans les troubles délirants chroniques - La douleur n'est pas altérée mais le phénomène de sensibilisation à la douleur est diminué
Trouble envahissant du dévelop-pement	- Contradiction entre une **apparente insensibilité à la douleur** et des **réactions vives à des stimulations non nociceptives** (sans preuve pour une élévation du seuil douloureux) - **Modification de l'expression douloureuse** due aux troubles comportementaux et de communication : risque de négligence et de retard diagnostic de pathologies organiques - **Comportements de réaction inhabituels** : retrait, agressivité, automutilations (les personnes autistes se blessent 2 fois plus que les autres)
Trouble somatoforme	- **Symptômes douloureux** possiblement au 1er plan : retentissement fonctionnel parfois sévère, risque iatrogène (multiplication des examens et des traitements) - Possible **conséquence de la douleur** (favorise la chronicisation) : trouble à symptomatologie somatique - Possible **facteur de déclenchement / entretien douloureux :** . **Crainte excessive de maladie** (douleur décrite comme intense, fixée, incomprise), . **Trouble de conversion** (symptomatologie neurologique, douleur mobile), . Facteurs psychologiques influençant des affections médicales (**hypervigilance somatique** : aggrave le handicap) ➝ **TTT** antalgique et de la composante psychiatrique : psychothérapie (TCC++), activité physique adaptée, relaxation, hypnose
Troubles de personnalité	- **Histrionique** : expression théâtrale, imprécise dans sa localisation, labile, vécue comme catastrophique : insatisfaction par rapport au traitement - **Obsessionnelle** : douleur précise, détaillée, expression émotionnelle restreinte, attitude rigide, parfois agressive de façon latente, moindre ajustement à la douleur (difficultés d'organisation) - **Evitante/dépendante** : attitude passive, pas d'implication dans les soins - **Narcissique** : douleur perçue comme plus grave que celle des autres, attitude parfois hautaine et peu empathique - **Antisociale/borderline** : difficulté à respecter les règles, instabilité, impulsivité : TTT difficile

<table>
<tr><td rowspan="3">Douleur et troubles psychiatriques</td><td>Troubles de personnalité</td><td colspan="2">- Paranoïaque : plainte vague et évitante, vécu interprétatif et méfiant de la douleur et du TTT
- Schizoïde/schizotypique : moindre expression émotionnelle/altération des relations sociales : retard diagnostic, inadéquation des affects/cognitions/comportements de santé
- Autre modification de personnalité (par affection médicale) : toute maladie avec douleur chronique peut perturber la personnalité. Pas de « personnalité typique » du patient douloureux chronique.
➙ Toujours explorer le risque suicidaire, favoriser l’alliance thérapeutique</td></tr>
<tr><td>Démence</td><td colspan="2">- Expression difficile de la douleur : manifestations comportementales (agitation, agressivité, troubles du sommeil, prostration, refus de soins ou de s’alimenter, confusion)
- Aggravation des déficits cognitifs (attention, mémoire, vitesse de traitement) par la douleur
- Altération de l’effet placebo, avec nécessité d’augmenter les doses antalgiques</td></tr>
<tr><td>Trouble addictif</td><td colspan="2">- Douleur souvent sous-estimée chez le patient dépendant aux opiacés, contrastant avec l’hypersensibilité douloureuse, non corrigée par les produits de substitution
- Syndrome de manque souvent accompagné de manifestations douloureuses, parfois intenses
➙ La majorité des patients toxicomanes (50-90%, y compris si substitué) présentent des douleurs
- Si toxicomane : doses antalgiques nécessaires plus importantes qu’en population générale</td></tr>
<tr><td>Dépistage</td><td colspan="3">- Dépistage de la douleur systématique en population vulnérable, ++ si altération du comportement (examen clinique)
➙ Si communicant = auto-évaluation : EVS, EN, EVA, échelle des visages, questionnaire de Saint-Antoine, HADS, DN4
➙ Si dyscommunicant/délire/repli = hétéro-évaluation : EDD, EDAAP (polyandicapé), ESDDA (troubles autistiques), GED-DI (enfant déficient intellectuel), ALGOPLUS/DOLOPLUS (personne âgée dyscommunicante), DESS (douleur enfant)
- S’aider des équipes / proches, examiner les patients++</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Antalgiques</td><td colspan="3">- Les traitements utilisés sont identiques à ceux de la population générale, privilégier voie orale / locale en topique
- Si comorbidité douleur/trouble psychiatrique = privilégier les TTT communs (IRSa, gabapentinoïdes)
- Associer à des traitements non-médicamenteux ++ : activité physique adaptée, relaxation, hypnose, TCC
- Anticiper & éviter les effets indésirables/interactions mais ne pas sous-traiter !
- Appui des proches++
- Traitements non médicamenteux à visée antalgiques d’utilisation plus facile dans les milieux médico-sociaux accompagnants les personnes atteintes de troubles psychiatriques</td></tr>
<tr><td>Particularité d’usage des antalgiques courants</td><td colspan="2">- AINS : risque d’augmentation de la lithémie par ↘ du DFG
- Corticoïdes (y compris en infiltrations si répétées) : risque de décompensation thymique
- Tramadol (opioïde faible) : risque de syndrome sérotoninergique en association aux IMAO, ISRS ou thymorégulateurs (lithium, valproate)
- Morphine (peu utilisée en psychiatrie) : privilégier la voie orale et les formes LP</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Risque addictif</td><td colspan="2">- Dépistage systématique avant prescription d’opioïde (Opioid Risk Tool)
- Questionnaire POMI (Prescription Opioïde Misuse Index) : dépistage d’un comportement addictif
Ne pas sous-traiter la douleur par crainte d’addiction (risque souvent surestimé)</td></tr>
<tr><td>FdR de dépendance</td><td>- Antécédents d’abus ou de dépendance psychique : tabac, alcool, opioïdes, benzodiazépines, cannabis, cocaïne…
- Antécédents d’automédication
- Antécédents familiaux d’abus, de troubles du comportement alimentaire
- Affection psychiatrique : ++anxiété/dépression
- Age jeune, sexe masculin
- Contexte médico-légal, problèmes comportementaux
- Mécanisme douloureux inapproprié
- Consommation d’opioïdes faibles >1 DDD/j (poso indiquée) avant opioïdes forts</td></tr>
<tr><td>Signes de dépendance : recos de Limoges</td><td>- Augmentation inhabituelle des doses
- Majoration de la plainte douloureuse sans aggravation de la pathologie
- Prescription par de multiples praticiens
- Absence de production des ordonnances
- Prescriptions ou traitements perdus
- Résistance au changement de traitement
- Refus des génériques
- Détérioration des activités sociales, familiales et professionnelles
- Trouble du caractère
- Trouble du sommeil
- Signes de sevrage physiques</td></tr>
</table>